初診申し込み表

**FAX送信先：078-612-8021**

お問い合わせは、TEL：078-612-8020までお願いします。

年　　月　　日

公益社会法人　神戸市歯科医師会

　神戸市立　こうべ市歯科センター　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL:

 FAX:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

**＊貴院より当センターへFAX後、患者様に紹介状の原本をお渡し下さい。**

**初診予約は、患者様からの当センターへの電話で確定致します。初診は（火）（水）（木）です。**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　日生　（　　　）歳 |
| 住所 | 〒　　　－自宅℡（　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　） |
| キーパーソン連絡先 | ℡（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）父・母・配偶者・その他（　　） |
| 主訴 | 虫歯がある　痛い　出血する　腫れている　詰め物・被せが取れた　歯を抜いて欲しい　入れ歯壊れた　歯並びが気になる　検診して欲しい |
| 紹介目的 | 1. 治療

全麻希望　有・無　　　　　　　　部位静麻希望　有・無1. その他（　　　　　　　　　　　　　）

緊急性：　有り　・　無し |
| 診療困難な理由 |  |
| 障害名 | 自閉症スペクトラム　　知的障害　　脳性麻痺　　ダウン症　　てんかん　筋ジストロフィー　　肢体不自由（部位：　　　　　　　　　）認知症　　パニック障害　　うつ病　　双極性障害　　統合失調症異常絞扼反射　　歯科治療恐怖症　　非協力　視覚障害　　聴覚障害　　その他（　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 治療中の疾患 | 特に無し有り：　高血圧　糖尿病　高脂血症　心疾患　脳血管障害　その他（　　　）　　　　喘息：有・無　　　アレルギー有（　　　　　　　）・無　内服薬　有・無 |
| 歯科診療特別対応加算 | * 算定済　　　　　　　　　　　□　未算定
 |

＊必要に応じて検査データなども添付下さい。